

**Artigo original**

VULNERABILIDADE FEMININA E PREVALÊNCIA DO HIV/SIDA EM MOCAMBIQUE: PONTOS PARA REFLEXÃO

Arune Estavela e Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília, Brasil.

RESUMO: O HIV/SIDA afecta desproporcionalmente a pessoas que vivem em países com graves problemas socioeconómicos. Noventa e cinco por cento das pessoas com HIV/SIDA vivem em países em desenvolvimento. A prevalência da HIV/SIDA em pessoas adultas em Moçambique, na faixa entre 15-49 anos, é de 11,5%, sendo superior nas mulheres (13,1%), comparativamente aos homens (9,2%). A prevalência entre mulheres jovens de 15-24 anos é mais elevada (11,1%), comparativamente a dos homens da mesma faixa etária, que é de 3,7%. É neste contexto de assimetrias de prevalências de HIV entre géneros que o presente artigo tem por objectivo discutir a realidade da epidemia de HIV/SIDA em Moçambique, focalizando questões de género e a vulnerabilidade feminina de infecção pelo HIV, considerando ainda práticas culturais e tradicionais da sociedade que podem ampliar essa vulnerabilidade. Tendo em vista que políticas direccionadas ao *empowerment* da mulher e à igualdade de género figuram há muito na agenda de desenvolvimento do país, aumentar o conhecimento sobre o tema e propiciar reflexões sobre essas questões são relevantes, considerando que dados da realidade indicam que as mulheres moçambicanas são mais vulneráveis à infecção do HIV e a outras infecções de transmissão sexual.

Palavras-chave: Género, HIV/SIDA, Vulnerabilidade, Moçambique

FEMALE GENDER VULNERABILITY AND PREVALENCE OF HIV/AIDS IN MOZAMBIQUE: POINTS FOR REFLECTION

ABSTRACT: HIV/AIDS disproportionately affects people living in countries with serious socioeconomic problems. Ninety five per cent of people living with HIV (PLWH) live in developing countries. The prevalence of HIV/AIDS in Mozambique is 11.5% among adults aged 15-49 and is higher among women (13.1%) than men (9.2%). The prevalence among young women aged 15-24 is higher (11.1%) than the prevalence among men in the same age group (3.7%). The object of this study is to discuss the HIV/AIDS epidemic in Mozambique in the context of the generational asymmetries, localizing gender and female vulnerability for HIV infection, considering cultural practices and traditions among society that can amplify the vulnerability. Despite the fact that women's empowerment and gender equality policies appear frequently on the Mozambique's development agenda, data shows weak participation and non-empowerment of women. This leaves them vulnerable to HIV and sexually transmitted infections.

Keywords: Gender, HIV/AIDS, Vulnerability, Mozambique

Correspondência para: (correspondence to:) aruneestavela@gmail.com

INTRODUÇÃO

O HIV/SIDA afecta desproporcionalmente a pessoas que vivem nos países com graves problemas socioeconómicos, apesar da sua ocorrência em diferentes partes do mundo. Noventa e cinco por cento das pessoas com

HIV/SIDA vivem em países em desenvolvimento (PNUD, 2006).

No caso da África Sub-sahariana, esta região do continente africano enfrenta uma das epidemias mais graves já registradas em sua história, uma vez que a SIDA afeta,

principalmente, as faixas etárias mais productivas da população. Assim, seu impacto no futuro desses países é imenso, na medida em que a epidemia atinge diretamente a produtividade dos países e coloca em risco a segurança alimentar das famílias e das comunidades (POLEJACK, 2007).

Assim como nos demais países da África Sub-Sahariana, a epidemia do HIV/SIDA¹ em Moçambique é preocupante visto que a prevalência de pessoas adultas de 15-49 anos é de 11,5%, sendo superior nas mulheres (13,1%), comparativamente aos homens (9,2%). A prevalência é também mais elevada nas áreas urbanas (15,9%) em relação às áreas rurais (9,2%). Entre adultos de 50-64 anos, a prevalência de HIV/SIDA é de 8,5%, e mais baixa entre adolescentes de 12-14 anos, atingindo 1,8%. A prevalência entre mulheres jovens de 15-24 anos é mais elevada (11,1%), comparativamente a dos homens da mesma faixa etária, que é de 3,7% (INS, 2009).

Outro dado curioso na realidade moçambicana é que a prevalência do HIV cresce com o aumento da escolaridade: entre as mulheres de 15-49 anos, 9,8% das que não tem qualquer nível de escolaridade estão infectadas pelo HIV, comparativamente a 14,4% das que têm nível primário e 15% dentre as que possuem nível secundário e superior. O mesmo padrão se observa entre os homens, nos quais a prevalência cresce de 7,2% entre os que não têm qualquer nível de escolaridade, para 10,1% entre os que possuem nível secundário e superior.

A prevalência de HIV também tem relação com o nível de riqueza na medida em que 6% dos entrevistados de 15-49 anos no estudo do INS (2009), de ambos sexos, no nível mais baixo de renda estão infectados, comparando com 17,4% do nível mais elevado. Uma hipótese a ser colocada é o acesso que cidadãos moçambicanos de

melhor nível de renda e de escolaridade têm ao diagnóstico do HIV e ao tratamento, fato que pode explicar esses indicadores.

O impacto negativo da epidemia de SIDA em Moçambique permite um questionamento sobre a viabilidade do alcance de alguns Objectivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), tais como: (a) reduzir pela metade a proporção da população vivendo abaixo de linha de pobreza; e (b) reduzir pela metade a proporção da população acometida pela fome. O crescimento económico no âmbito desses ODM pode ser considerado um processo transversal para atingir quase todos os outros ODM e a relação intrínseca entre eles, na medida em que como ilustra o trecho a seguir: “[...] a redução da fome e da má nutrição levam ao aumento da produtividade e do rendimento das famílias; leva também à igualdade de género e à conquista de poder pela mulher, à redução da vulnerabilidade às doenças e à redução da mortalidade infantil e possibilita o bem estar” (PNUD, 2005, p. 22).

Por fim, pode-se afirmar que os efeitos da epidemia de SIDA em Moçambique são notáveis também pela demanda crescente de serviços de saúde preventivos e curativos, o que provoca uma superlotação nas unidades sanitárias (INE, 2010).

O presente artigo, tem por objectivo discutir a realidade da epidemia de HIV/SIDA em Moçambique, focalizando questões de género e a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, considerando ainda práticas culturais e tradicionais da sociedade que podem ampliar essa vulnerabilidade. Tendo em vista que políticas direccionadas ao *empowerment*² da mulher e à igualdade de género figuram há muito na agenda de desenvolvimento do País.

REFERÊNCIA TEÓRICO E CONCEPTUAL

Género: conceituação

O termo género, em sua acepção gramatical,

designa indivíduos de sexos distintos (feminino *versus* masculino). Contudo o termo tem sido usado em vários contextos tomando conotações bem diversas. No âmbito de correntes feministas, por exemplo, a definição do termo enfatiza a noção de cultura, ressaltando – diferentemente do conceito de sexo que se situa no plano biológico – um carácter intrinsecamente relacional do feminino e do masculino (GREZOSKI, 2008).

Na percepção de Scott (1991), por sua vez, o termo género torna-se uma maneira de indicar construções culturais e a criação social de ideias sobre papéis atribuídos a homens e a mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjectivas de homens e de mulheres em diversos contextos socioculturais. É nesta óptica que o autor considera género como uma categoria social imposta a um corpo sexuado. Por ser a definição desse termo muito complexa, Scott citado por Silva e Vargens (2009), adverte que:

Há uma complexidade ao definir a palavra género, pois se relaciona com o social e o subjectivo e exerce influências em diversas situações. Género é a forma de apontar as construções sociais, na ideia de papéis diferentes para homens e mulheres. É uma maneira de se referir às origens sociais das identidades exclusivas de homens e mulheres (p. 402).

No presente estudo, a definição de Scott, considerada mais abrangente e que valoriza os determinantes socioculturais do conceito, foi adotada pelos autores. Ao lado das assimetrias de género, acredita-se que imperativos socioculturais – como sexo transgeracional, poligamia e práticas como a *pitakufa/kudjenga*³ – tem reduzido o poder de decisão do sexo feminino em relação ao sexo oposto e constituem barreiras para a apropriação de medidas preventivas em relação ao HIV/SIDA. Portanto, urge

compreender melhor os factores de risco para uma maior efetividade dos actuais programas de prevenção de infecção do HIV em Moçambique, bem como no continente africano, tido como o mais problemático epicentro da pandemia desde o seu advento em finais do século passado.

A Realidade da Mulher Moçambicana: panorama de desigualdades

Segundo o INE (2008), o maior índice de analfabetismo em Moçambique tem-se verificado entre as mulheres, alcançando 50,4%. Para responder ao dilema do analfabetismo, o governo de Moçambique comprometeu-se em Jomtiem, no ano 1990, e em Dakar, no ano 2000, bem como em outras conferências internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), a envidar esforços para oferecer educação básica e de qualidade a todos os cidadãos, mas com foco especial nas mulheres.

Para estabelecer a confiança das famílias nas escolas e tornar relevante o ensino para as meninas, o sector educacional optou pela expansão da inclusão de mulheres como professoras primárias, assegurando-lhes um tratamento equitativo, tanto no seu recrutamento para a formação inicial como também no acesso aos níveis superiores de formação (UNESCO, 2000). Visando eliminar os obstáculos económicos que as famílias enfrentam com os custos da educação, foram proibidas as taxas de matrícula e foi instituída a distribuição de livros escolares gratuitos em todo o País (MATABELE, 2005). Essas medidas têm-se mostrado efectivas para promover mudanças culturais e maior inserção da mulher na sociedade moçambicana.

Ao lado de questões de ordem educacional, observa-se a maior participação de mulheres na chefia de agregados familiares⁴. Assim, 31% dos agregados familiares são chefiados

por mulheres, 69% por homens e 6149 famílias são chefiadas por crianças entre 12 e 14 anos de idade (MATABELE, 2005). Paradoxalmente, apesar de avanços da representação política feminina na sociedade moçambicana, aspectos estruturais e uma forte cultura patriarcal continuam a manter a posição dominante dos homens e a inibir a maioria das mulheres a ganhar mais autonomia económica e maior independência social, conforme assinalam Tvedten, Paulo e Toumien (2010):

Moçambique continua a ser o país mais pobre e menos desenvolvido da África Austral em termos de desenvolvimento humano e de género. Os indicadores sobre rendimento, educação e longevidade são excepcionalmente baixos e a prevalência de pobreza é maior em agregados familiares chefiados por mulheres (p. 3).

As mulheres, em geral, e as africanas em particular, sentem o peso da dependência económica, sociocultural e política no seu processo de luta pela sobrevivência. Percebendo a vulnerabilidade do género feminino, Fonseca (2005) e Zimba e Castiano (2005) admitem que, na pós-modernidade, têm sido detectados vários processos destrutivos da vida das mulheres. Um deles se refere ao aumento na proporção de mulheres chefes de agregado familiar sem capacidade económica para sustentar os seus dependentes. Para tentar se livrar dessa “prisão” elas recorrem, muitas vezes, a práticas de risco na atuação como profissional do sexo ou comerciante ambulante informal nas grandes avenidas de Maputo.

Em nível nacional, a percentagem de agregados familiares chefiados por mulheres é elevada, atingindo 31%, tal como já mencionado. Contudo, a região sul e, particularmente, as províncias de Gaza e Inhambane, apresentam percentagens mais elevadas a este respeito, com 54% e 46% respectivamente (INE, 2008).

Ademais, o peso da dupla – e até mesmo da tripla – jornada de trabalho é relevante, visando possibilitar condições de sobrevivência familiar, tais como a actuação no trabalho informal remunerado e no trabalho doméstico. Além desses encargos domésticos e familiares somam-se actividades político-sociais, dado o número crescente de mulheres nos movimentos populares e a importância desses movimentos no processo de transformação social. O trecho abaixo ilustra essa afirmativa:

Recentemente, nota-se uma participação cada vez mais crescente da mulher moçambicana em todos os setores da vida política, económica e social do país. Fazendo parte dos fóruns de decisão, a mulher desempenha papel social e político de relevo em todas as esferas da sociedade (ZIMBA e CASTIANO, 2005 p.16).

Tvedten, Paulo e Toumien (2009) delineiam ainda um panorama do aumento da participação da mulher na vida política moçambicana, comparando o período de 1997 a 2002. Em 1997, o país tinha uma ministra e passou para três em 2002. Tinha 12 directoras provinciais e 23 diretoras nacionais em 1997 e chegou a 33 nos dois cargos mencionados em 2002. Por outro lado, se observamos indicadores socioeconómicos relevantes sobre a posição das mulheres em Moçambique, nota-se o seguinte: quanto ao emprego formal, homens chegam a 19% e mulheres a 3,9%; acerca do emprego na agricultura, homens atingem 67,5% e mulheres chegam a 89,3%; a taxa de alfabetização de adultos é de 67% para homens e 37,5% para mulheres. E, finalmente, a frequência na escola primária é de 62,7% para homens e 56,7% para mulheres.

Ainda que se constate uma trajetória ascendente da mulher moçambicana quanto à participação em actividades e cargos políticos de destaque, os dados indicam que, considerando os mais de 22 milhões de habitantes do país, essa representação ainda é ínfima. Isto é, a mulher moçambicana

parece que ainda perde a “expressão de viva voz” diante de seu parceiro dominante (TVEDTEN, PAULO e TOUMIEN, 2009).

Desigualdades de Género e Vulnerabilidades Diante do HIV/SIDA

Conhecimento sobre HIV/SIDA e práticas preventivas

Em Moçambique, o conhecimento sobre HIV/SIDA entre mulheres e homens de 15-49 anos melhorou desde 2003, mostrando que 98% das mulheres e 99% dos homens no país ouviram falar de HIV/SIDA. Em 2003, 53% de mulheres conheciam o preservativo e a fidelidade como métodos de prevenção, enquanto que, em 2009, 70% referiram o preservativo e 67% a fidelidade. Entre os homens, o conhecimento sobre o preservativo aumentou de 71% para 73%, ao passo que o conhecimento da fidelidade como estratégia preventiva aumentou de 74% para 76%, de 2003 a 2009, respectivamente (INS, 2009). Esses dados mostram que o conhecimento sobre as práticas preventivas é menor entre pessoas do sexo feminino no País.

O uso do preservativo de modo consistente e regular é a prática comportamental mais importante na prevenção da infecção pelo HIV entre pessoas sexualmente activas. Apesar do nível razoável de conhecimento sobre o preservativo como medida preventiva, dados do INS (2009) mostraram que:

Somente 17% das raparigas e 6% dos rapazes de 12-14 anos que já tinham iniciado a atividade sexual reportaram ter usado o preservativo na última vez que tiveram relações sexuais. Entre os que não usaram o preservativo, 55% mencionaram não tê-lo usado porque este não estava disponível, sendo que 21% pensavam que o preservativo não era necessário e 15% acreditavam que o preservativo reduz o prazer sexual (p. 88).

Estudo realizado África do Sul pela *South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey* em

2008 – demonstrou que o conhecimento sobre a prevenção do HIV aumenta visivelmente com o nível de escolaridade, o que pode ser observado também em Moçambique. Assim, 46% das mulheres moçambicanas não escolarizadas mencionaram as duas maneiras de prevenção do HIV que vem sendo difundidas pelos órgãos governamentais do País – uso do preservativo masculino e a fidelidade –, comparado com 50% das mulheres com formação primária e 66% das que tinham nível secundário e superior. Entre pessoas do sexo masculino, o percentual dos que conheciam as duas estratégias de prevenção foi de 52% para os que tinham nível básico de escolaridade, 74% para os que possuíam nível secundário e 85% para os homens com nível superior (INS, 2009). Constata-se, assim, que quanto ao nível de conhecimento sobre práticas preventivas, mulheres não escolarizadas são menos informadas sobre prevenção do HIV, se comparadas com as mulheres escolarizadas e com pessoas do sexo masculino independente da condição de escolarização.

Apesar do aumento do conhecimento sobre a infecção pelo HIV e as medidas preventivas, há muita desinformação sobre aspectos importantes de transmissão. Ou seja, pouco mais da metade (52%) de mulheres moçambicanas entrevistadas sabiam que o HIV pode ser transmitido ao bebê pela amamentação, por exemplo (INS, 2009). Um estudo conduzido no País (ESTAVELA, 2007) também identificou que grande parte de jovens moçambicanos conhecia as categorias de transmissão do vírus, mas ainda havia muitas dificuldades para o cumprimento das medidas preventivas. Isso pode ser ilustrado pelo relato de uma entrevistada do estudo: "o meu namorado não sabe que sou soropositiva. Depois de seis meses namorando não usamos o preservativo. Ele me confia e tenho medo de

revelar o meu resultado, visto que ele me prometeu casamento” (ESTAVELA, 2007, p. 21).

Sobre as relações sexuais com parceiros múltiplos, o INE (2011) identificou que essas práticas são mais frequentes entre mulheres que residem na área urbana, se comparadas com as que habitam zonas rurais (4% e 2%, respectivamente). A proporção de mulheres com mais de um parceiro sexual parece aumentar com o nível de instrução: 1,5% entre mulheres não escolarizadas, 2,7% entre as que alcançaram o nível primário e 5,1% entre as que alcançaram o nível secundário e superior (INE, 2011).

Cabe esclarecer que em Moçambique a estratégia de abstinência, fidelidade e uso correcto e consistente do preservativo (denominada ABC - *abstinence, be faithful and condomise*) tem norteado a política de prevenção da infecção pelo HIV. Essa política tem origem no plano emergencial norteamericano, difundido pelo Presidente dos EUA na era Bush para a redução da SIDA no mundo, denominado *Presidential Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR). Cabe destacar que Moçambique é um dos países que recebe fundos do Centro de Controle de Doenças (*Center for Disease Control* - CDC), que de certa forma impõe as regras do PEPFAR (UNAIDS, 2004). Actualmente, essa política norteia as acções preventivas na área do HIV/SIDA, tendo sido adotada pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), conforme documentos oficiais (MISAU/PNCT-DTS/SIDA, 2004). A questão: é em que medida essa política vai ao encontro das práticas e costumes da cultura moçambicana, trazendo desafios para sua implementação?

O estigma e a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/SIDA é outro desafio para a prevenção e o controle da epidemia no país. No estudo do INS (2009), 18% dos adultos entrevistados manifestaram

atitudes de aceitação em relação a pessoas soropositivas. Os adultos residentes em zonas rurais, com baixo nível de escolaridade ou mesmo sem escolaridade, tendem a expressar mais atitudes negativas em relação a pessoas com HIV/SIDA que outros segmentos da população (INE, 2010). Diante do medo da discriminação, e até mesmo do abandono, pessoas com HIV/SIDA tendem, muitas vezes, a não revelação do diagnóstico e negação da busca de cuidados de saúde, para manter segredo e sigilo sobre a sua condição de soropositividade. Essa atitude costuma acarretar a postergação do tratamento, com graves consequências para as pessoas infectadas pelo HIV, aumentando o risco de adoecimento e morte.

Feminização da epidemia e práticas culturais

Bastos (2000), Marques, Silva e Gitierrez (2006) e Patrão (2009) ressaltam como ponto central da questão da feminização da epidemia de HIV/SIDA, em diferentes contextos, a questão de género. O tratamento desigual dado ao género feminino, em termos políticos, culturais e socioeconómicos, tem uma dimensão macro e microsocial, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais. Frequentemente essas desigualdades se superpõem, gerando efeitos sinérgicos que multiplicam os riscos a que estão submetidas as mulheres em geral, e com maior agravo para as africanas, subestimadas pela historiografia do continente. Nessa perspectiva, Saldanha (2003) afirma que:

A combinação da violência material e simbólica, da dupla moral no que diz respeito ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da assimetria na capacidade de tomar decisões e efectivá-las, e a ausência de canais por onde manifestar queixas e resolver pendências torna mais difícil para a mulher ter acesso às informações adequadas e actualizadas e,

mesmo dispondo delas, modificar seus comportamentos e manter estas mudanças nas interações cotidianas (p. 108).

A falta de liberdade e poder de decisão das mulheres foi um dos resultados de Silva e Vargens (2009), no estudo sobre percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair infecções de transmissão sexual (ITS) e HIV realizado com mulheres brasileiras. Os autores assumem que as mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menor poder de decisão nas práticas sexuais seguras. Assim, essa desigualdade produz uma maior vulnerabilidade, aumentando o impacto da epidemia sobre elas. Essa realidade tem elevado o número de casos de SIDA em mulheres, nos últimos anos, se comparado à incidência em pessoas do sexo masculino, fenómeno denominado de feminização da epidemia.

A complexidade do conceito de género fez emergir a necessidade de contextualizar aspectos da realidade de países mais pobres e endêmicos quanto à SIDA, no qual se inclui Moçambique. Especificamente no norte do País, há casos em que as mulheres são submetidas a ritos de iniciação após a menarca, e em que são instruídas à submissão total ao parceiro masculino, à obediência e ao cumprimento das vontades sexuais do homem. Outra situação de natureza sociocultural também pode ser vista no centro e sul do País, onde a viúva deve aceitar fazer sexo sem proteção com um cunhado para sua purificação, prática denominada *pitakufa/kudjenga*. Esse fenómeno social reveste-se de muitos riscos em contextos de disseminação de HIV/SIDA e das infecções de transmissão sexual. O trecho abaixo ilustra essa exposição ao risco de contrair HIV e ITS: “a vida de homens e mulheres é permeada de imensos tabus que colocam a vida de ambos em risco, e em particular a mulher” (MISAU, 2009, p. 17).

Outra prática cultural tradicional é a *catorzinhas* ou *mbuias* em que mulheres jovens iniciam a vida sexual precocemente com homens mais velhos, que representa a manifestação de poder económico do homem. Essa prática é um exemplo da vulnerabilidade a qual mulheres jovens são expostas, visto que alguns homens soropositivos são atendidos por curandeiros e a prática de sexo não seguro com uma menina virgem é recomendada por eles para obter a cura da SIDA. A poligamia, caracteriza-se pelo homem ter múltiplas parceiras sexuais, de preferência adolescentes. São práticas, portanto, de carácter transgeracional e/ou poligâmico que se constituem em factores de risco para a infecção pelo HIV por mulheres moçambicanas, pois dificilmente elas têm condições de negociar relações sexuais seguras nesses contextos inseridos na cultura do País.

Numa sociedade que convive com essas práticas, multiplicam-se condições que aumentam a vulnerabilidade das mulheres. Ademais, estas estão imersas em um contexto de submissão ao homem, sendo ensinadas a aceitar e cumprir os desejos do seu parceiro durante os ritos de iniciação (na região norte do país), bem como nas práticas denominadas *pitakufa/kudjenga* (nas regiões centro e sul do país), anteriormente citadas. Nesse sentido, pode-se afirmar que práticas culturais e tradicionais da sociedade moçambicana se constituem em factores de risco para a infecção pelo HIV.

No caso concreto de relações sociais de género, a consolidação de elementos estruturantes (o lobolo², por exemplo) pode levar à ocultação dos sinais formais da desigualdade, sem que essa, contudo, seja posta em causa. Isso revela que – embora do ponto de vista político e da constituição moçambicana tenha sido possível dar ênfase à igualdade de género por meio da convocação da mulher à participação política –, o papel social feminino

permanece limitado pelo modelo androcrático. Dessa maneira, a igualdade é representada apenas em termos complementares, sem que a dominação masculina seja questionada.

Outro aspecto de natureza sociocultural se refere aos sistemas matrilinear e patrilinear. Nas zonas de sistema matrilinear, as questões relacionadas com a gestão de bens e a tomada de decisões importantes competem aos familiares da mulher, que simultaneamente se responsabilizam pela educação dos filhos resultantes da união matrimonial. Nas regiões do sistema patrilinear, após o casamento é a mulher que vive junto à família do marido, numa posição subalterna e os filhos fazem parte da linhagem do pai. Em ambos os casos, a subordinação da mulher em relação ao homem é um fato, visto que a estruturação da sociedade tradicional reforça as relações desiguais de poder que repercutem em outras áreas, como na formação superior, conforme afirma Serra (2005):

A discriminação da mulher é visível no ambiente moçambicano em pleno século XXI: por exemplo, a universidade passou a ser território exclusivamente masculino. As mulheres continuam em casa arcando com os velhos mitos criados desde Platão que escreveu que as mulheres eram uma reencarnação perversa dos homens e de Aristóteles que defendeu que as mulheres não tinham alma (p. 33).

Os cenários acima descritos configuram a realidade moçambicana influenciando, assim, o processo de disseminação da infecção pelo HIV junto a pessoas do sexo feminino, visto que as desigualdades presentes em vários contextos da vida social deixam as mulheres com menos condições de se prevenir do HIV e de negociar práticas sexuais seguras com seus parceiros. Ademais, as mulheres moçambicanas são as mais vitimizadas quando infectadas: muitas vezes, são consideradas como mulheres de má conduta social, e até mesmo como profissionais do sexo.

Isto porque a mulher perde o poder de decidir sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, de usufruir de direitos e deveres consagrados em vários instrumentos internacionais e nacionais. O mais complicado em Moçambique, particularmente em algumas famílias, se refere ao facto de que é o marido quem decide se a esposa deve ir ou não ao hospital caso ela esteja doente. Em contextos de gravidez, é a sogra e a cunhada quem tem o poder de decidir se a nora deve ter o parto no hospital ou em casa, por exemplo. Sobre esse tema, Fonseca (2005), pesquisando mulheres brasileiras, assinala que: “a violência baseada no gênero constitui um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres” SIC (p. 458).

Diante desse cenário, pode-se considerar que a mulher moçambicana ainda está longe de auferir os direitos universalmente delineados, o que evidencia o risco de o país não atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio, metas de diversas nações, como afirma Silva (2003):

Esta aparente incompatibilidade entre discursos e práticas configura o papel e a função que é permitido à mulher: como mãe e/ou esposa devem reproduzir o homem novo, como trabalhadora cuidar dos filhos e alimentar o agregado familiar tornando cada vez mais a mulher vulnerável para infecção de HIV (p. 167).

Urge, portanto, compreender melhor as condições que ampliam o risco e a vulnerabilidade de infecção pelo HIV para uma maior efectividade dos programas de prevenção e de tratamento do HIV/SIDA em Moçambique.

Conceito de Vulnerabilidade: contribuição para a compreensão das desigualdades de género e infecção pelo HIV

No processo de enfrentamento de patologias crónicas e condições adversas no processo saúde-doença emerge o conceito de vulnerabilidade. Autores como Buchalla e

Paiva (2002), Silva (2009), Scott (2006) e Patrão (2009) trazem concepções sobre a vulnerabilidade em diferentes dimensões do processo saúde-doença. É nesta óptica que Salleti, citado por Silva (2009), assinala que:

A conceituação da vulnerabilidade em HIV/SIDA expressa um esforço de produção e difusão do conhecimento e de acção sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e colectividades à infecção, adoecimento e/ou morte pelo HIV/SIDA, de acordo com a particularidade de sua situação, quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais em relação ao problema e com os recursos para seu enfrentamento (p. 402).

Segundo Ayres (1996), o termo vulnerabilidade origina da advocacia internacional pelos direitos universais do homem, que significa o conjunto de factores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a protecção de uma determinada enfermidade, condição ou dano. Focaliza, originalmente, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, protecção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Desde o surgimento da epidemia de HIV na década de 1980, esse conceito refere-se a qualquer pessoa pode se expor ao HIV/SIDA e tem chances de se infectar. Nessa perspectiva, busca considerar – além dos factores epidemiológicos –, outros factores como os de natureza individual, social e político-institucionais ou programáticos que determinam as diferentes chances de uma pessoa se expor ao HIV. A proposta é reforçar as medidas preventivas aos grupos mais vulneráveis dependendo do contexto. A afirmativa de Buchalla e Paiva (2002) ilustra esse conceito: “a vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, económico e sociocultural que ampliam ou diluem o risco individual” (p. 108).

Na perspectiva de Ayres (1996), portanto, essa conceituação avalia as chances de infecção pelo HIV, em três planos analíticos: individual, social e programático. O plano individual está associado a aspectos da pessoa que criam oportunidades para infectar-se em um contexto pessoal (aspectos biológicos, características de personalidade, crenças sobre a SIDA e o preservativo, uso de substâncias psicoativas, por exemplo). No plano social destacam-se indicadores de ordem socioeconómica e cultural, tais como: acesso à informação, situação sociopolítica e cultural de homens e mulheres na sociedade e desigualdades de género de certa comunidade. No plano programático, ou institucional, pode-se citar, entre outros: o desenvolvimento de acções político-institucionais especificamente voltadas para a prevenção do HIV e tratamento da SIDA e as políticas que assegurem insumos de prevenção a baixo custo ou gratuitamente, entre outras.

O ponto de partida das análises de vulnerabilidade e seu componente individual é sempre algum agravo à saúde ou limitação, buscando-se identificar tão exaustivamente quanto possível os factores físicos, psicológicos ou comportamentais que podem expor um indivíduo a tal agravo ou limitação. Meyer *et al.* (2006) consideram que o conceito de vulnerabilidade é entendido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diversas áreas do conhecimento. Abrange os diferentes níveis de complexidade, podendo favorecer abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre profissionais de diferentes formações.

Patrão (2009), há, ainda, uma outra concepção de vulnerabilidade, focada na assistência à saúde, abarcando as seguintes dimensões: (a) as de ordem existencial, que se reportam a determinantes da identidade pessoal; (b) as de ordem social, que se referem a condicionantes da vivência em comunidade;

(c) as de ordem clínica, que dizem respeito a situações relacionadas ao acometimento de enfermidades.

A prevalência de HIV/SIDA entre mulheres em Moçambique indica não só as dificuldades em oferecer respostas institucionais para conter a epidemia, mas, acima de tudo, remete às questões de género que construíram papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria provoca aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção e submissão total às exigências masculinas em seu dia-a-dia. A mulher raramente se percebe vulnerável devido à pobreza ou pela fragilidade de políticas públicas direcionadas para o género feminino, tal como Zimba e Castiano (2005) concluíram no estudo sobre a pobreza em Moçambique:

As mulheres permanecem marginalizadas e vulneráveis e não gozam ainda de igualdade de condições, acesso aos serviços e recursos como os seus parceiros masculinos. Encontra-se de fato em último degrau da pobreza, sem acesso à terra e estão mais concentradas nas zonas rurais, onde os serviços e facilidades escasseiam e elas são vítimas das piores formas de violência (p. 207).

Em um país como Moçambique, as mulheres são expostas a múltiplas adversidades que emergem da situação económica e social, tais como: alimentação deficiente, estado geral de saúde precário e determinado por necessidades básicas insatisfeitas e sistema de saúde com baixa capacidade de cobertura. Outro factor que aumenta a vulnerabilidade da mulher é a elevada taxa de fertilidade associada a aspectos socioculturais como o aumento do prestígio da mulher quanto maior o número de filhos, dada a necessidade do clã familiar possuir muitas crianças para ajudar nas tarefas domésticas e produtivas. Esse cenário é mais notório no contexto rural do que no urbano, no qual – por influências do processo de globalização e do elevado custo de vida –, tem-se observado uma tendência de redução do

número de filhos entre os casais. Ademais, tende a haver uma preferência por bebês do sexo masculino, responsável por manter o sobrenome da família e supostamente apoiar os pais na terceira idade.

Pelo facto de a taxa de mortalidade infantil ser alta, pais e mães têm dúvidas quanto ao número de filhos que vão sobreviver, optando, muitas vezes, por ter um número elevado de gestações, o que pode expor a mulher a riscos maiores em função da ocorrência de 40% de partos que ocorrem fora de ambientes hospitalares (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011). Outro aspecto relevante é que para algumas famílias moçambicanas ter muitos filhos é sinónimo de riqueza, o que faz com que o nível de aceitabilidade de anticonceptivos seja muito menor, dificultando, assim, a implementação de ações para prevenir a concepção (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011).

Vale destacar, por fim, que a vulnerabilidade feminina à infecção de HIV pode ser classificada em diferentes categorias, a saber: (a) a vulnerabilidade biológica é devido à extensão da superfície da mucosa vaginal que é exposta ao sêmen, o qual tem uma concentração de HIV significativamente maior do que o líquido vaginal, além da direcionalidade do sêmen – que é ejaculado – enquanto o líquido vaginal é difundido por espalhamento; e (b) a vulnerabilidade de natureza sociocultural, que, por sua vez, se dá por desigualdades de género bem como por práticas de risco de infecção pelo HIV socialmente aceitas em sociedades tradicionais, como o sexo transgeracional, a poligamia, a *pitakufa/kudjenga* e a *kugjinga*, já comentadas nesse trabalho.

ACÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PROMOÇÃO DA IGUALDADE DE GÉNERO

O Governo de Moçambique, as organizações não-governamentais e os parceiros de

cooperação têm envidado esforços para promover a equidade de género nos seus programas de desenvolvimento. A construção dos papeis e responsabilidades da mulher e do homem em Moçambique conduz à maior discriminação da mulher na área sexual e reprodutiva, em que esta se encontra cinco vezes mais afectada que o homem por infecções de transmissão sexual (MISAU 2009). A estratégia de inclusão da igualdade de género tem como objetivos: prática permanente de planificação de actividades de saúde sensíveis ao género e a criação de um ambiente de trabalho, onde homens e mulheres usufruam das mesmas oportunidades, sem discriminação.

Durante os últimos cinco anos, o Ministério da Saúde de Moçambique tem incluído de forma consistente a abordagem de género em suas políticas e programas de combate ao HIV/SIDA. Reconhece-se agora, cada vez mais, as diferenças da prevalência de infecção pelo HIV entre homens e mulheres em faixas etárias distintas do mesmo grupo sociocultural e económico (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2009).

Outro ato digno de nota é que para reduzir o abuso de poder do homem sobre a mulher, o governo de Moçambique ratificou a Lei 29/2009 sobre a violência doméstica praticada contra as mulheres embora não se note ainda, efetivamente, a operacionalidade desse documento legal (MOÇAMBIQUE. Boletim da República, 2011).

Como forma de garantir que haja direitos e oportunidades iguais para mulheres e homens, o governo de Moçambique institucionalizou a política de género e as estratégias para a sua implementação que visam contribuir para a redução das desigualdades e promover a mudança gradual de mentalidade, tanto do homem como da mulher, despertando e criando sensibilidades necessárias em ambos, relativamente à

situação de discriminação existente no tratamento social, económico, político e cultural (MOÇAMBIQUE. MIMAS, 2008).

É preciso que as entidades responsáveis pelos programas de empoderamento da mulher e de promoção de igualdade e equidade socioeconómica e política entre homens e mulheres delineiem estratégias de forma a erguer a voz feminina para que elas consigam desenvolver uma negociação. Historicamente, a função de promover a igualdade de género tem sido atribuída a diferentes instituições, começando com o Secretariado Nacional para a Acção Social no Ministério da Saúde. Em 1995, esta função foi atribuída ao então recém-criado Ministério de Coordenação da Acção Social (MICAS), em particular ao Departamento da Mulher na Direcção Nacional da Acção Social. No ano 2000, o Ministério foi transformado no Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social (MMCAS), tendo resultado na criação de uma Direcção Nacional da Mulher de forma independente. Em 2005, o Ministério foi transformado em Ministério da Mulher e da Acção Social (MMAS), continuando a Direcção Nacional da Mulher a existir dentro do MMAS (BERGH-COLLIER, 2007).

O então criado Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social (MMCAS), que atualmente se denomina Ministério da Mulher e Acção Social tem como objectivos centrais: reforçar a capacidade de formação profissional das mulheres; elevar o status da mulher e a sua participação na vida política, económica e social, por meio da introdução de perspectivas de género e *empowerment*. Finalmente, a questão central do Ministério é o reconhecimento pelo governo da subvalorização do género feminino e, em seguida, desenvolver a política nacional de género e reforçar a lei da família, o código penal e a declaração de princípios contra actos de violência doméstica (MATABELA, 2005).

Em 2004, o Conselho de Ministros criou o Conselho Nacional para o Avanço da Mulher (CNAM). Os membros do CNAM incluem vários Ministros e Vice-Ministros, duas Organizações da Sociedade Civil (OSCs) que trabalham em prol da igualdade de género, um representante de organizações religiosas, um representante dos sindicatos e um representante do sector privado. Para apoiar o secretariado executivo foi formado um conselho técnico que é composto por pontos focais⁷ de género e representantes de instituições públicas (MOÇAMBIQUE. Boletim da República, 2004).

Passados mais de dez anos da criação do Ministério da Mulher e da Acção Social, seus efeitos ainda parecem modestos. Assim, os imperativos socioculturais de subvalorização da mulher na zona rural moçambicana, onde grande parte da população habita, ainda não são observáveis. No entanto, os ganhos relativos desde a criação do Ministério, acompanhados pelo processo de democratização do País, aponta uma tendência de inclusão política da mulher. Nota-se uma minoria de mulheres a assumir altos cargos governamentais, como a primeira-ministra e algumas delas dirigindo ministérios e a presidência da Assembleia da República.

Nessa perspectiva, apesar de alguns avanços, cidadãos com capacidade de análise e visão crítica ficam indignados ao perceberem que a maioria das mulheres ainda sofre as desigualdades de género no processo de convivência com os homens. No campo da saúde, especificamente do HIV/SIDA, iniquidades são evidenciadas, havendo necessidade de se estabelecer mais políticas sociais, económicas e sanitárias para proteger as mulheres, como já afirmava Takahashi, Shima e Souza (1998) no final dos anos 1990:

A presença cada vez mais marcante da mulher no quadro da epidemia de SIDA traz a necessidade de melhor explorar a temática, pois se trata de um segmento com

especificidades distintas da população masculina e que apresenta desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção (p. 60).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que a situação da mulher em Moçambique é caracterizada por grandes dificuldades, devido a uma série de factores como os de ordem económica, a rigidez dos papéis de género atribuídos à mulheres, o difícil acesso à educação, à saúde, ao crédito bancário e à posse da terra. Os aspectos de natureza socioeconómica que determinam a organização familiar também influenciam largamente a posição da mulher, pois dois sistemas de parentesco familiar coexistem no País: o matrilinear e o patrilinear. A rigidez e o poder das práticas culturais no sistema matrilinear – como ritos de iniciação para adolescentes de ambos sexos e circuncisão tradicional para os rapazes – constituem a base do ensinamento de práticas culturais de geração para geração. Por sua vez, no sistema patrilinear a “compra simbólica” do lobolo da mulher pelo marido é uma das formas de silenciar e privar a mulher de gozar os direitos universais e ter liberdade de expressão, e até de decidir sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

No que se refere ao HIV/SIDA, as taxas de prevalência são mais altas em mulheres. Os movimentos feministas e movimentos da sociedade civil tentam lutar para por fim às práticas de risco de infecção pelo HIV como a *pitakufa/kudjenga* e *catorzinhas*, mas parece que ainda há grande percurso a seguir.

Finalmente, a situação da mulher em Moçambique, segundo os vários estudos e documentos referidos no presente artigo, continua preocupante, visto que as maiores oportunidades de exercício do poder, emprego, acesso a serviços públicos e a terra ainda dão maiores vantagens ao homem.

Tendo em vista que políticas direcionadas ao *empowerment* da mulher e à igualdade de gênero figuram há muito na agenda de desenvolvimento do País, aumentar o conhecimento sobre o tema e propiciar reflexões sobre essas questões são relevantes, considerando que dados da realidade indicam que as mulheres moçambicanas são mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras infecções de transmissão sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. C. M. **HIV/aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996. 20 p.
- BASTOS, F. I. A. **Feminização da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. 27 p (ABIA - Saúde Sexual e Reprodutiva, nº 3).
- BERGH-COLLIER, V. C. **Um perfil das relações de gênero. Para a igualdade de gênero em Moçambique**. Estocolmo: ASDI - Edita Communication, 2007. 79 p.
- BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, p. 117-119, Aug. 2002.
- ESTAVELA, A. J. **How do young people aged 14-24 perceive prevention programs related to HIV/AIDS in Maputo City**. Copenhagen: University of Copenhagen, 2007. 85f. (Dissertation Master in International Health, Master in International Health, University of Copenhagen, 2007).
- FONSECA, R. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, p. 450-459, Dec. 2005.
- GREZOSKI, A. C. **Mito da tutela penal no combate à violência de gênero ocorrida no âmbito doméstico e familiar**. Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina 2008. 86f. (Monografia, Curso de Bacharel em Direito, Curso de Graduação em Direito, Universidade do Sul de Santa Catarina, 2008).
- MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional De Estatística. **Mulheres e Homens em Moçambique: Indicadores Selecionados de Gênero**. Maputo, 2008.
- MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional De Estatística. **INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Infecção sobre HIV e SIDA em Moçambique: Relatório Final**. Maputo, 2009.
- MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional De Estatística. **Inquérito Demográfico e de Saúde: Relatório preliminar**. Maputo, 2011.
- MOÇAMBIQUE. Instituto Nacional De Estatística. **Impacto Demográfico de Aids em Moçambique 2008-2010**. Maputo, 2010.
- MARQUES, H. S.; SILVA, N. G.; GITIERREZ, P. L. *et al.* A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais educadores. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, p. 619-629, March 2006.
- MATABELE, V. S. O papel da mulher na luta contra a pobreza absoluta em Moçambique. In: ZIMBA, B. e CASTIANO, J. P. (Ed.). **As ciências sociais na luta contra a pobreza em Moçambique**. Maputo: Filson Entertainment, 2005. p. 61-74.
- MEYER D. E. E.; MELLO D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, p. 1335-1342, June, 2006.
- MOÇAMBIQUE. Boletim da República.

- Decreto nº 7/2004.** Publicação Oficial da República de Moçambique. Abril, 2004.
- MOÇAMBIQUE. Boletim da República. **Lei nº 29/2009.** Publicação Oficial da República de Moçambique. Janeiro, 2011.
- MOÇAMBIQUE. Ministério Da Mulher E Ação Social. **Política de género e estratégias da sua implementação.** Maputo, 2008.
- MOÇAMBIQUE. Ministério Da Saúde De Moçambique. **Estratégias de inclusão da igualdade de género no sector de saúde.** Maputo: Gabinete do Ministro/ Unidade de Género, 2009.
- MOÇAMBIQUE. Ministério Da Saúde De Moçambique. **MISAU ultrapassa meta de partos institucionais.** Disponível em: <http://noticias.sapo.mz/aim/artigo/67011042011162642.html>. Acesso em: 11 abril 2011.
- MISAU/PNCT-DTS/SIDA. **Materiais de informação educação e comunicação para saúde. Como usar o preservativo.** Maputo, Moçambique. 2004.
- PATRÃO, M. N. **UNESCO and the principle of respect for human vulnerability.** Geneva: UNESCO, 2009.
- POLEJACK, L. **Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids em Maputo, Moçambique.** Brasília: Universidade de Brasília, 2007. 308 f. (Tese Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - Curso de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília, 2007).
- PNUD. **HIV/AIDS implications for poverty reduction.** New York, 2006.
- SALDANHA A. A W. **Vulnerabilidade e construção de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas pelo parceiro.** Ribeirão Preto: USP, 2003. 260f. (Tese Doutorado em Psicologia, Curso de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003).
- SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Recife: SOS Corps, 1991. 64 p.
- SCOTT, P. Re-assentamento, saúde e insegurança em Itaparica: um modelo de vulnerabilidade em projetos de desenvolvimento. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 15, p. 74-89, Set./Dec., 2006.
- SERRA, C. **Ciências, cientistas e investigação: manifesto do reencantamento social.** Maputo: Imprensa Universitária da UEM, 2005. 128 p.
- SILVA, C. M.; VARGENS, O M. C. Percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DTS/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 43, p. 401- 406, jun, 2009.
- SILVA, T. Violência doméstica: fatores e discursos. In: SANTOS, B.S. e TRINDADE, J. C. (Ed.). **Conflito e transição das justiça social: Uma paisagem das justiça em Moçambique.** Porto: Edições Afrontamento, 2003. p. 33-49.
- TAKAHASHI, R. F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 6, p. 59-65, Dec, 1998.
- TVEDTEN I.; PAULO, M.; TOUMIEN, M. "Se homens e mulheres fossem iguais, todos nós seríamos simplesmente pessoas": género e pobreza no Norte de Moçambique. [s.l.]: Relatório do Christian Michelsen Intitute - CMI , 2009. 66 p.
- TVEDTEN I.; PAULO, M.; TOUMIEN, M. (2010). Género e pobreza em Moçambique.

Resumos do CMI - Christian Michelsen Institute, v. 9, p.1-4, Oct, 2010.

UNAIDS. Global report on the AIDS epidemic 'ABC'. Geneva, 2004.

UNESCO. Quadro de ação de Dakar: Senegal. Geneva, 2000.

ZIMBA. B.; CASTIANO, J. P. (ed.). As ciências sociais na luta contra a pobreza em Moçambique. Maputo: Filsom Entertainment, 2005. 229 p.

Notas de Fim

¹ Pitakufa/Kudjenga - prática tradicional moçambicana: quando o marido morre por causa não conhecida a viúva deve fazer sexo não protegido com o cunhado para purificá-la.

² Lobolo – pagamento simbólico efetuado no casamento aos pais da noiva. Prática comum no sul de Moçambique. O lobolo pode ser pago em dinheiro, gado ou outro bem material que a família da noiva determina. No caso da separação do casal, o marido fica desobrigado de apoios financeiros pois já teria arcado com despesas do lobolo antes do casamento.